

介護予防支援業務委託契約締結事業所の担当ケアマネジャー各位

平素は、地域包括支援センターの介護予防支援事業等にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。介護予防支援サービス利用契約締結後の各利用者様につき下記の書類をご確認の上ご提出の程よろしくお願いいたします。尚、全ての書類は原則的には原本をご提出ください。

記

	書類名	提出	備考
利用開始前等	<input type="checkbox"/> 介護予防支援サービス利用契約書	原本	契約締結後に以下の書類を作成することになります。一部は居宅介護支援事業所で保管してください。
	<input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書	原本	二部作成。一部は居宅介護支援事業所で保管してください。
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書作成依頼（変更）届出書	写し	保険者へ提出していただき、コピーをセンターにご提出ください。
毎月	<input type="checkbox"/> 利用票・別表（サービス利用実績が入ったもの）	原本	毎月5日までに提出してください。初回加算等が分かる様に記載してください。
6か月毎・認定時	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報（記載内容に変更がある場合）	原本	利用者様の署名・捺印、説明・同意年月日を記載確認してください。初回・更新・変更時。
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	原本	チェック実施日を記載してください。
	<input type="checkbox"/> 生活状況を把握するためのアセスメントシート	写し	その他のアセスメントシートでも可。
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書（1）（2）	原本	利用者様の署名・捺印、同意年月日を記載確認してください。
	<input type="checkbox"/> 介護サービス支援・サービス評価表	原本	基本的に「ケアプラン変更」となります。区分変更等による終了やプランの変更時にご提出ください。
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録	原本	「モニタリング」、「サービス担当者会議」の要点等を記載してください。
	<input type="checkbox"/> 各サービス提供事業者の評価表・モニタリング等	原本	当該サービス提供事業者の書式で可。
	<input type="checkbox"/> 個別サービス計画書	原本	当該サービス提供事業者の書式で可。
認定時	<input type="checkbox"/> 調査票・主治医意見書	原本	新規・更新・変更認定時に提出してください。
	<input type="checkbox"/> 介護保険証のコピー又は介護保険情報	写し	新規・更新・変更認定時に提出してください。
随時	<input type="checkbox"/> 要支援者の買物代行の可否チェックリスト	原本	買物代行が必要な理由について記載してください。
	<input type="checkbox"/> 軽度者に係る福祉用具貸与の確認	写し	特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・認知症徘徊感知器・移動用リフトの利用に関し、主治医の意見を確認し、必要な理由が記載された所定の書類を松阪市へ提出し、その写しをセンターに提出してください。
	<input type="checkbox"/> 入院・入所、退院・退所時の情報提供に関する書類等	原本	医療系サービスを受ける場合の情報提供書を含む。訪問看護・訪問リハビリ指示書等
その他連絡事項			

松阪市地域包括支援センター統一様式

年 月 日
 松阪市第 地域包括支援センター
 主任介護支援専門員

住所 〒515- 松阪市
 電話 0598- -

担当ケアマネジャー

様

平素は、地域包括支援センターの介護予防支援事業等にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。ご多忙の中、誠に申し訳ございませんが下記の利用者様の書類につき、ご確認の上ご提出の程よろしくお願いいたします。

記

ご利用者のお名前

様

	書類名	備考	期間
利用開始前等	<input type="checkbox"/> 介護予防支援サービス利用契約書	契約締結後に以下の書類を作成することになります。一部は居宅介護支援事業所で保管。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書	二部作成。一部は居宅介護支援事業所で保管してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書作成依頼（変更）届出書	保険者へ提出していただき、コピーをセンターにご提出ください。	年 月 日～年 月 日
毎月	<input type="checkbox"/> 利用票・別表（サービス利用実績が入ったもの）	毎月5日までに提出してください。初回加算等が分かる様に記載してください。	年 月 日～年 月 日
6か月毎・認定時	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報（記載内容に変更がある場合）	利用者様の署名・捺印、説明・同意年月日を記載確認してください。初回・更新・変更時。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	チェック実施日を記載してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 生活状況を把握するためのアセスメントシート	その他のアセスメントシートでも可。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書（1）（2）	利用者様の署名・捺印、同意年月日を記載確認してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護サービス支援・サービス評価表	基本的に「ケアプラン変更」となります。区分変更等による終了やプランの変更時にご提出ください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録	「モニタリング」、「サービス担当者会議」の要点等を記載してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 各サービス提供事業者の評価表・モニタリング等	当該サービス提供事業者の書式で可。	年 月 日～年 月 日
認定時	<input type="checkbox"/> 調査票・主治医意見書	新規・更新・変更認定時に提出してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護保険証のコピー又は介護保険情報	新規・更新・変更認定時に提出してください。	年 月 日～年 月 日
随時	<input type="checkbox"/> 要支援者の買物代行の可否チェックリスト	買物代行が必要な理由について記載してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 軽度者に係る福祉用具貸与の確認	特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・認知症徘徊感知器・移動用リフトの利用に関し、主治医の意見を確認し、必要な理由が記載された所定の書類を松阪市へ提出し、その写しをセンターに提出してください。	年 月 日～年 月 日
	<input type="checkbox"/> 入院・入所、退院・退所時の情報提供に関する書類等	医療系サービスを受ける場合の情報提供書を含む。訪問看護・訪問リハビリ指示書等	年 月 日～年 月 日
その他連絡事項			

松阪市地域包括支援センター統一様式

年 月 日
松阪市第 地域包括支援センター
主任介護支援専門員

住所 〒515- 松阪市
電話 0598- -